FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VEGA	DIAZ	JOSE ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12539713	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 11 AÑO 1954

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Barrio La Esperanza CASA LA ESPERANZA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL joselitovega@outlook.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1977

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Centro De Educación En Salud Del Magdalena Cesmag "gabriel Angulo"	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1996

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
ESPAÑOL		X			X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	AVENIDA CARRERA 14 - 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
6054346262	*Día*	18	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA ASISTENCIAL	CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
6054346262	*Día*	07	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
972 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA DE URGENCIA	CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 990 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 712 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFEMERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXLIAR DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 712 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR DE ENFEMERIA	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42 LOS ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 426 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLEJÓN 14 23 42 los alcazares					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	07	*Año* 2011	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 4 - 26A 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOP ASISTENCIA CTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	12	*Año* 2006	*Día*	12	*Mes*	07	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXIIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 4 - 26A 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2003	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 1996	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 - 23 42					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*	*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

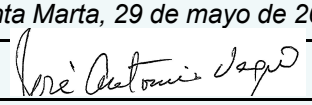
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	14	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __NO **X**__ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Santa Marta, 29 de mayo de 2026*



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS